

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

452

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

BAUVAIS (Jean-Georges-Joseph)

Né le 27 Décembre 1908, à Montdidier (Somme)

Contribution à l'étude clinique des différentes évolutions du Fibrome au cours de la Grossesse

Président de Thèse : M. LENORMANT, Professeur

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91
PARIS

1934

1. — PROFESSEURS

Le Doyen..... G. ROUSSY

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	LENORMANT.
	CUNEO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie médicale.....	BERNARD ETIENNE.
Pathologie médicale.....	BOULIN.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Histologie.....	BULLIARD.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique.....	DOGNON.
Pathologie n.édicale.....	DONZELOT.
Urologie.....	FEY.
Parasitologie.....	GALLIARD.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie.....	GAYET.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie.....	HALPHEN.
Pharmacologie.....	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Obstétrique.....	LACOMME.
Obstétrique.....	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie expérimentale.....	LEMAIRE
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Mlle LEVY.
Neuro-psychiatrie.....	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie médicale.....	MOUQUIN.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Pathologie chirurgicale.....	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUÉNU.
Physiologie.....	RICHET
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale.....	SENEQUE.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale.....	TURPIN.
Pathologie médicale.....	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur).
Ophthalmologie.....	VELTER.
Obstétrique.....	VIGNES.
Pathologie chirurgicale.....	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
	AUBERTIN.
	BRULÉ.
	CHIRAY.
	DUVOIR.
Clinique obstétricale	HARVIER.
	LIAN.
	GUENIOT.
	LE LORIER.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale	METZGER.
	BASSET.
	CADENAT.
	HEITZ-BOYER.
	MOCQUOT.
	MOURE.
	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

*En témoignage de ma très grande
affection.*

A MA GRAND'MERE

A MON GRAND-PERE

A MA FAMILLE

A la mémoire de mon ami d'enfance

Georges HASENKNOPF

A MES CAMARADES de l'Association corporative

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LENORMANT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait le très grand hon-
neur d'accepter la présidence
de cette thèse. Hommage recon-
naissant.*

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur agrégé Henri VIGNES

ACCOCHEUR DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et guidé de ses précieux
conseils.*

*Qu'il trouve ici l'expression de ma
plus vive reconnaissance.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

- 1928 — Monsieur le Professeur SERGENT, Hôpital de la Charité.
1928 — Monsieur le Professeur OMBREDANNE, Hôpital des Enfants-Malades.
1928 — Monsieur le Docteur Louis RAMOND, Hôpital Laennec.

Externat

- 1929 — Monsieur le Docteur Henri DAUSSET, Hôtel-Dieu.
1930 — Monsieur le Professeur LENORMANT, Hôpital de la Pitié.
1931 — Monsieur le Docteur BRODIN, Hospice des Ménages.
1932 — Monsieur le Professeur agrégé ABRAMI, Hôpital de la Charité.
1933 — Monsieur le Professeur NOBECOURT, Hôpital des Enfants-Malades.
1934 — Monsieur le Professeur agrégé Henri VIGNES, Hospice des Enfants-Assistés.

A MM. les Docteurs BLECHMANN, Henri REDON
et Jacques LOUVEL

INTRODUCTION

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par une leçon de notre maître H. Vignes et, ensuite, par la lecture de deux articles qu'il avait antérieurement consacrés à ce sujet, l'un intitulé « Fibromes de l'utérus et gestation », paru dans le *Journal des Praticiens* (12 et 19 février 1921), l'autre ayant pour titre « Trois faits cliniques de fibromes et gestation », paru dans la *Semaine des Hôpitaux* de 1925.

M. Vignes a bien voulu mettre à notre disposition sa collection d'observations personnelles et hospitalières. Il nous a toujours réservé l'accueil le plus bienveillant et nous a guidé de ses précieux conseils. Qu'il accepte l'hommage de notre profonde et sincère reconnaissance.

Avec ces directives et avec ces documents, nous nous proposons, restant dans le domaine de la clinique, d'étudier les évolutions diverses du fibrome au cours de la grossesse, en les illustrant d'observations que nous avons choisies parmi les plus démonstratives. Cette évolution tantôt se poursuit sans événement notable et parfois même sans la moindre histoire, d'autres fois elle est pénible, d'autres fois elle comporte des risques graves.

Nous examinerons tour à tour l'influence des fibromes sur la grossesse et l'influence de la grossesse sur les fibromes ; enfin nous passerons en revue quelques cas pour lesquels le fibrome, quelle qu'ait été son évolution, a créé des conditions cliniques rendant le diagnostic difficile.

FREQUENCE DES FIBROMES PENDANT LA GROSSESSE

Nous ne parlons bien entendu que des tumeurs nettement perceptibles. Pinard a noté 0,7 cas de fibromes pour 100 femmes enceintes, Troel de Stockolm 0,4 pour 100, Brindeau 0,8 pour 100. Treub, sur 429 femmes atteintes de fibromes, en a trouvé 13 en état de gestation. Selon R. E. Campbell, la proportion des fibromes chez 32.870 femmes enceintes, à l'hôpital John Hopkins, était de 0,43 pour 100 : 142 tumeurs étaient diagnostiquées. Pierson a trouvé chez 30.856 femmes enceintes, 250 tumeurs, soit 0,8 pour 100. B. P. Watson, sur 11.675 femmes accouchées à l'hôpital, a décelé 157 fibromes, soit une proportion de 1,3 pour 100. Watson remarque en outre que l'âge moyen des femmes porteuses de fibromes était 33 ans. La plupart de nos observations personnelles a confirmé ce fait que les fibromes apparaissent en général chez des primipares un peu âgées.

Les statistiques montrent que le fibrome se rencontre environ dans 1 pour 100 des cas de grossesses :

R. E. Campbell, 142 cas sur 32.870 grossesses, soit	
	0,43 %
Troel	0,4 %
Pinard	0,7 %
Brindeau	0,8 %
Pierson, 250 cas sur 30.856 grossesses, soit	0,8 %
B. P. Watson, 157 cas sur 11.675 grossesses, soit	1,3 %

CHAPITRE PREMIER

INFLUENCE DES FIBROMES SUR LA GROSSESSE

A — AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE

Fibromes et stérilité. — Les fibromes empêchent quelquefois la fécondation. Cette question a prêté à de nombreuses discussions. C'est ainsi que certains auteurs, comme Hofmeier, Pinard, Treub, pensent que la stérilité, volontaire ou involontaire, prédispose au développement des fibromes. Une statistique faite à la clinique Baudelocque et portant sur neuf années, de 1895 à 1904, a montré que, sur 171 femmes enceintes porteuses de fibromes, 94 sont primipares, dont 80 âgées de 30 ans et plus, 93 de 25 ans et plus. Pour Pinard « la fertilisation tardive, la stérilité primaire et la stérilité secondaire sont facteurs étiologiques de fibromyomes utérins ».

Mais il est non moins certain que la stérilité est environ trois fois plus fréquente chez les fibromateuses que chez les autres femmes. Olshausen trouve 31 % de femmes stériles au lieu de 10 % chez celles qui

n'ont pas de fibromes ; Scipiades en note 33,5 %, Treub 34,6 % et Lynch 31,5 % (sur 3.617 cas). Et la guérison du fibrome peut être suivie de fécondation.

Fécondation après myomectomie. — Bien des femmes stériles, atteintes de fibromatose, peuvent devenir enceintes après myomectomie. C'est ainsi que Benoît-Gonin note chez 99 femmes myomectomisées, cent vingt-cinq conceptions, cent accouchements à terme. Goullioud a relevé 648 cas de femmes atteintes de fibromes ; dans 74 cas, la myomectomie fut pratiquée, et l'hystérectomie abdominale dans 574, ce qui donne 11 % de myomectomies. Parmi les 74 femmes myomectomisées, une ou plusieurs grossesses survinrent chez 5 des 26 femmes mariées sur 40, ce qui fait 20 %.

Pour R. H. Harris, la myomectomie est souvent suivie de grossesse chez les femmes mariées, âgées de moins de 40 ans, qui sont désireuses d'avoir des enfants. Harris ajoute d'ailleurs qu'en présence d'une dégénérescence maligne du fibrome, d'une affection annexielle ou de l'impossibilité de laisser l'utérus mener à bien une gestation, l'hystérectomie devra être pratiquée.

Fécondation après radiothérapie. — L'observation suivante illustre l'effet bienfaisant des Rayons X sur la stérilité due à la fibromatose.

Mme G..., âgée de 34 ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Réglée habituellement huit jours, tous les mois, sans douleurs. Elle s'est mariée à 25 ans. A 27 ans, ses règles de-

viennent douloureuses et ses rapprochent. Appendicectomie. Les pertes vont en augmentant. On trouve un fibrome gros comme une orange. On lui fait des Rayons X. Elle reste un an sans règles, puis elle redevient réglée et on recommence les Rayons. Nouvelle aménorrhée de dix-huit mois, puis, fin mars 1933, les règles reviennent ; elle est réglée une seconde fois avec retard en mai 1933 ; ses règles sont très peu abondantes et Mme G... est imprécise sur leur date.

Histoire de la grossesse. — Constipation habituelle augmentée depuis les dernières règles ; elle n'est plus frileuse depuis qu'elle a subi son traitement de Rayons X ; elle a des pertes blanches depuis la grossesse, son bon appétit habituel a été diminué depuis la grossesse ; elle n'a pas de migraines.

Elle vient consulter le 8 décembre 1933 pour diagnostic de gestation. L'examen montre une hauteur utérine de 21 centimètres (c'est-à-dire comme une grossesse de six mois), alors que Mme G... indique une aménorrhée d'un peu moins de sept mois ; en haut et à gauche, on trouve une masse ayant le volume d'une orange aplatie. L'utérus est dur et la palpation est difficile ; à travers le segment inférieur, bien constitué et mince, on perçoit la tête. La grossesse se poursuit normalement.

Accouchement le 27 février 1934, en 6 heures 45, d'un garçon pesant 2.280 grammes et mesurant 46 centimètres. Le placenta pesait 320 grammes. L'enfant qui était tout petit a remarquablement bien poussé ; la mère a été d'ailleurs bonne nourrice.

Il s'agit en l'occurrence d'un œuf de petite espèce, étant donné la date des dernières règles ; notons la fécondation à la fin de l'effet radiothérapique, après une stérilité involontaire de neuf ans.

Nous rapprocherons de cette observation le cas rapporté par V. Conill.

Une femme âgée de 40 ans, mariée à 17 ans, a eu un curettage, à 25 ans, pour règles irrégulières. Les irrégularités ont persisté, et, à 40 ans, les ménorragies sont si importantes qu'un traitement radiothérapique est institué. Quatre séances sont faites, mais la série est alors interrompue par une épidémie d'influenza, et quand la femme revient, elle est enceinte. Elle accouche d'un enfant, onze mois après le début du traitement. C'est le premier enfant, après 23 ans de mariage.

Nous citerons encore l'observation donnée par G. Linzenmeier (de la clinique de Stœckel, à Kiel).

Femme, âgée de 26 ans, mariée depuis plusieurs années. Pas d'enfants. Nombreux curettages, dilatations du col, etc... sont pratiqués sans résultat. En désespoir de cause, la radiothérapie est essayée en 1914, et deux irradiations sont faites à droite et quelques semaines plus tard, une à gauche. Un an après, elle donne naissance à un enfant, maintenant en bonne santé. Elle n'a pas eu de nouvelles grossesses, mais a été hystérectomisée pour fibrome en 1916.

Ainsi il semble bien que la stérilité que présentait cette femme et dont la cause était ignorée apparaît comme due à l'existence d'un fibrome, sur lequel les Rayons X ont agi au point de permettre le développement d'une grossesse.

Dans la grande majorité des cas, la grossesse compliquée de fibromes, se poursuit sans incident. Nous ne parlons pas bien entendu des petits fibromes, gros

comme une noisette ou une noix, qu'on rencontre fréquemment chez les primipares âgées, et qui restent presque toujours ignorés de la gestante, mais des tumeurs assez volumineuses, susceptibles d'entraîner certaines complications comme un avortement ou un accouchement prématuré.

L'évolution de la grossesse, compliquée de fibromes, est normale dans 68 % des cas (Troel), 81 % (Pinard), 80 à 85 % (Reeb), 88 % (Jamain). Ces statistiques concordent à peu près avec les constatations de R. N. Pierson qui nota l'avortement spontané ou l'accouchement prématuré dans 24,1 % des cas.

Nous allons étudier successivement :

- 1° le cas sans incident.
- 2° la grossesse avec avortement.
- 3° l'accouchement prématuré.

1. *Le cas sans incident.* Mme L... (observation 943), âgée de 39 ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Réglée à 15 ans, quatre à cinq jours tous les vingt-huit jours ; les règles sont parfois douloureuses le premier jour de l'écoulement. Mariée à 24 ans. Elle se plaint de migraines qui n'ont pas de rapport avec ses règles. Caractère vif, insomnie habituelle. Elle est frileuse et un peu constipée. Vers 30 ans, est apparu un goître ; traité par l'iode, il a diminué.

Antécédents obstétricaux. — Stérilité pendant 14 ans, sans jamais avoir suivi de traitement pour la combattre. Cette stérilité paraît cependant involontaire. Elle s'est trouvée enceinte quelques mois après une fièvre typhoïde.

Histoire de la grossesse. — Dernières règles du 15 au 19 mars. En avril, puis le 18 mai, elle consulte le docteur Toupet pour absence de règles. Le docteur Toupet trouve un utérus un peu gros et des masses latérales dures de la grosseur d'un marron.

Le 12 juin, c'est-à-dire 53 jours après les dernières règles, on trouve un utérus gravide, des bosselures fibromateuses, et en avant entre la symphyse et l'utérus, une masse qui est grosse comme une orange et qui provoque des troubles vésicaux.

Mme L. est vue les 4 et 30 juillet, 22 août, 15 octobre, et on constate une augmentation du fibrome principal, mais beaucoup moindre qu'au début. En outre, il semble constituer, de par sa présentation, un obstacle à l'accouchement par les voies naturelles. Le 30 juillet, le fibrome est enclavé dans le petit bassin ; le col est rejeté en haut, en arrière et à gauche. Le 22 août, il paraît s'être dégagé, mais le 15 octobre, le docteur Toupet constate qu'il est « décidément enclavé et appartient bien sans conteste au segment inférieur de l'utérus. »

C'est alors que le docteur Toupet, pensant devoir recourir à une intervention chirurgicale, montre Mme L. au docteur Belgrand et au docteur Labey.

Mais un fait nouveau se produisit.

Le 14 novembre, c'est-à-dire 239 jours après les dernières règles, le docteur Toupet constate que « le fibrome principal n'est plus enclavé. Il s'est nettement élevé au-dessus de la symphyse. » L'enfant est en position transverse, la tête dans la fosse iliaque gauche, la tumeur occupant la fosse iliaque droite. L'accouchement devient donc possible par les voies naturelles. Le docteur Toupet adresse sa cliente au docteur Vignes.

Le 17 décembre, soit 272 jours après les dernières règles, l'examen montre une hauteur utérine de 34 centimètres, et le pôle céphalique non engagé en contact avec

le détroit supérieur. L'accouchement débute dans la nuit du 25 au 26 décembre ; le 26 au matin, la dilatation est de cinq francs ; le soir, à 23 heures, la dilatation est complète et la tête engagée en O I D P ne descend pas. Application de forceps et extraction d'une petite fille pesant 3.050 grammes. Hémorragie peu importante après la délivrance.

Pendant les suites de couches, malgré une médication par des extraits mammaires, la régression du fibrome n'a pas été sensible. Mme L. a allaité son enfant, mais elle dut sevrer le 5 mars, 65 jours après l'accouchement, la quantité de lait fournie devenant vraiment insuffisante.

Un examen ultérieur, pratiqué vers le 15 mars, a permis de constater que l'utérus n'était ni anteversé, ni rétroversé ; sur la face antérieure, un peu dévié vers la droite, se trouvait un gros fibrome très dur.

Par la suite, Mme L., présente un excellent état général. Sa menstruation est normale.

Ainsi, coexistence de la stérilité et d'un fibrome, gêne de l'accommodation déterminant une présentation de l'épaule, et surtout au début du huitième mois de la grossesse, l'ascension providentielle du fibrome qui a permis à cette femme d'accoucher par les voies naturelles, alors que tout laissait prévoir, jusque là, la nécessité d'une césarienne suivie d'une intervention mutilatrice (myomectomie ou hystérectomie).

Nous rapprocherons de ce cas deux autres observations moins démonstratives, présentant cependant un certain intérêt, quant à l'évolution de la gestation.

Mme H. (observation 3747), âgée de 30 ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Réglée très abondamment. A 25 ans, on trouve de multiples fibromes. A 28 ans, elle fait une fausse-couche de deux mois et demi.

Histoire de la grossesse. — Vient consulter au sixième mois de sa grossesse. L'examen révèle un utérus un peu gros, ainsi qu'un fibrome de la taille d'une mandarine, en avant et à gauche ; à droite, on sent au toucher, un fibrome praevia, gros comme une noix. En raison de la longueur des règles et de l'apparition précoce des fibromes, on lui prescrit un traitement thyro-iodé. La femme accouche à terme d'un enfant normal.

L'autre observation est tirée du Journal des Praticiens et relatée par le Docteur Brémont sous le titre « Fibromes et grossesse à terme ».

A... Edmée, âgée de 36 ans, entre à l'hôpital le 6 octobre 1917 pour se faire opérer d'une tumeur utérine dont elle souffre. Pas de métrorragies, pas de phénomènes de compression, etc...

L'examen montre un utérus un peu développé, enclavé dans le petit bassin, et deux petites tumeurs, grosses comme une mandarine, siégeant sur la face antérieure, l'une à droite, l'autre à gauche. Le toucher vaginal permet de noter un effacement des culs de sac et un abaissement de l'utérus. Le toucher rectal paraît révéler une petite tumeur sur la face postérieure.

A... Edmée, n'a pas ses règles depuis deux mois. A ce moment, la grossesse n'est pas soupçonnée, malgré cette aménorrhée de deux mois, et les douleurs attribuées à l'enclavement de l'utérus dans la cavité pelvienne.

Après quinze jours de repos au lit, la malade sort sur

sa demande ; l'utérus a quitté l'excavation pelvienne et s'est relevé légèrement.

Le 19 avril 1918, la femme rentre à l'hôpital pour accoucher. L'examen montre une grossesse à terme. Elle est primipare. Les contractions utérines révèlent deux petites tumeurs, grosses comme une mandarine, siégeant l'une à gauche et un peu en avant, l'autre à droite et un peu en arrière.

Contractions vives, douloureuses, intermittentes. L'accouchement a lieu, dans la nuit du 24 avril, sans incident. A... Edmée quitte l'hôpital le 19 mai 1918 ; l'utérus reste un jeu développé, avec ses deux fibromes perceptibles.

Ainsi primipare âgée, chez laquelle la grossesse a passé inaperçue durant les deux premiers mois. On peut songer aux conséquences d'une opération mutilatrice, pratiquée à cette époque, enlevant à cette femme tout espoir d'une nouvelle gestation.

2. *Grossesse avec avortement.* — L'avortement n'est pas rare chez les fibromateuses. Lefour, sur 227 grossesses compliquées de fibromes, note 39 avortements, soit 17 %. « L'avortement est en général annoncé par des hémorragies et il résulte, alors, d'un état congestif de la muqueuse, auquel les auteurs donnent à tort le nom d'endométrite. Il s'agit en réalité d'une anomalie dans l'évolution de la caduque et cette tendance à l'évolution atypique peut se révéler, suivant les femmes, par une nidation tubaire, donnant une gestation extra-utérine, par une nidation basse, donnant une insertion du placenta sur le segment inférieur, par une fausse endométrite, donnant un risque d'avortement appréciable. » (H. Vignes).

Trois observations vont illustrer ce cas.

Mme L. (observation 219), âgée de 43 ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Deux grossesses, l'une à 19 ans, l'autre à 21 ans. A l'âge de 30 ans, il est question de l'opérer pour fibrome. A 35 ans, avortement apparaissant spontané. A 36 ans, grossesse un peu pénible ; à 38 ans, avortement provoqué.

Histoire de la grossesse. — Cette femme vient consulter pour une sixième gestation, qui se termine par un avortement spontané avec hémorragies graves. Au cours d'une révision utérine, on trouve à l'union du col et du corps rétrofléchi, un fibrome dur, faisant saillie dans la cavité utérine, comme un gland, et plusieurs autres fibromes intra et extra-utérins.

Ainsi nous pouvons retenir de cette observation deux avortements, vraiment involontaires, qui semblent bien en rapport avec la présence d'un fibrome sous-muqueux : le risque d'avortement est en effet d'autant plus grand que le fibrome est plus près de la muqueuse.

La deuxième observation a trait à un fibrome sus-isthmique et du ligament large :

Mme de C. (observations 1219, 3560), âgée de 32 ans. A eu ses premières règles à l'âge de 12 ans. Elle est réglée 6 à 8 jours tous les 26 à 28 jours avec des douleurs le premier jour une fois sur deux. Elle se marie à 19 ans, ses règles restent les mêmes. Pas de grossesse, pas de fausse-couche. Elle se remarie à l'âge de 30 ans. A 32 ans, elle devient enceinte. On la suit pendant sa grossesse, qui évolue sans incident notable et on l'accouche à terme d'un enfant normal (forceps).

Elle continue à être normalement réglée, sans tendance aux ménorragies.

Elle est revue cinq ans après, le 10 novembre 1930. Elle n'avait pas été réglée depuis fin août, puis, 8 jours après ses dernières règles, elle avait perdu un peu de sang. La hauteur utérine est de 20 centimètres, chiffre considérable pour une grossesse de 3 mois. Le 14 novembre, au soir, elle commence à perdre du sang ; elle perd en petite quantité, comme pour des règles. On a été hésitant en présence de ce gros utérus et on avait pensé que peut être cela s'arrangerait. Le 15 novembre, à l'heure du dîner, l'hémorragie augmente. On la fait transporter en clinique. On trouve un col très ouvert, avec quelque chose dedans, qu'on ramène à bout de doigt : ce quelque chose est un placenta dévitalisé. Anesthésie, hystérométrie : 10 centimètres. On extrait un peu de placenta décollé qui est dans le col, et la cavité bien calibrée crie tout de suite sous la curette sur toutes ses faces. Injection intra-utérine iodée. Glace sur le ventre. Un examen histologique des débris recueillis par le curettage montre « une avascularisation des villosités qui sont distendues et œdémateuses, abcès à polynucléaires dans la caduque utérine. » Dans la nuit du 9 au 10 décembre, elle souffre de son ventre et son ventre est devenu plus dur ; or, la hauteur de la masse qui était descendue à 15 centimètres est actuellement de 20 centimètres. Le 22 décembre, elle a ses règles, qui ne sont pas spécialement abondantes. Le 29 décembre, la masse mesure 16 centimètres. Le docteur Bergeret l'opère le 26 février 1931. Il trouve un gros fibrome sus-isthmique de la face antérieure de l'utérus et du ligament large gauche assez facile à énucléer ; l'utérus et les ovaires sont normaux. Dans le courant de l'été 1931, elle fait une cure à Salies, on la voit après cette cure, le 26 novembre et on lui trouve un utérus à peine plus gros que la normale.

La troisième observation sera intitulée : Avortement conjuré par la myomectomie.

Mme C. (observation 1069), âgée de 36 ans.

Antécédents physiologiques. — Formée à 11 ans. Réglée cinq jours tous les vingt-huit jours, sans douleur. Mariée pour la première fois, à 21 ans, elle s'est remariée à 30 ans ; ses règles deviennent plus abondantes après son premier mariage.

Antécédents obstétricaux. — A 23 ans, première grossesse, tout à fait normale. Accouchement en présentation du siège, qui a duré vingt heures et s'est terminé par une extraction sous chloroforme. Hémorragie 48 heures après l'accouchement : elle a allaité et a été très bonne nourrice.

A 31 ans, elle fait une fausse-couche de trois mois, annoncée par de l'hydrohématorrhée, et deux ans après, une nouvelle fausse-couche de trois mois également.

Histoire de la grossesse. — Dernières règles, du 4 au 9 mars 1925. Mme C., a eu quelques douleurs inguinales. Habituellement non constipée, elle l'est devenue du fait de sa grossesse. Non frileuse, caractère un peu vif.

L'examen, pratiqué le 13 mai 1925, c'est-à-dire 64 jours après les dernières règles, montre un utérus gravide débordant la symphyse de cinq centimètres et rejeté à droite. A gauche et en avant, on sent un gros fibrome dur, indolore, mesurant deux centimètres de diamètre.

Etant donné, d'une part, les deux fausses-couches précédentes et, d'autre part, le volume de la tumeur, il y avait lieu d'intervenir chirurgicalement si l'on voulait voir continuer l'actuelle grossesse.

Mme C., est opérée le 22 mai, soit 73 jours après les dernières règles, par le docteur Labey qui extirpe trois fibromes dont l'un, le plus gros, mesurait six centimètres sur cinq et occupait le fond utérin, et dont les deux autres

siégeaient sur la face antérieure et la face postérieure de l'utérus. Ce n'était pas des fibromes pédiculés et il fallut tailler en pleine paroi utérine pour en faire l'ablation.

L'examen histologique révéla des tumeurs fibreuses, sans œdème, sans dégénérescence.

Suites opératoires excellentes.

La grossesse évolua d'abord sans incident, puis, le 10 août, poussée de pyélonéphrite droite avec température à 39° et 40°, légère infection biliaire et coliques utérines. Le 31 août, débâcle urinaire, la fièvre tombe, les urines restent purulentes. En octobre, nouvelle poussée de fièvre, sans doute due à une légère infection biliaire. L'accouchement débute le 27 décembre, à 17 heures. La dilatation est complète à 21 h. 15. Application de forceps. Extraction d'un garçon pesant 2.950 grammes et mesurant 51 centimètres. Délivrance et suites de couches normales.

Cette observation met en lumière l'indication précise d'une myomectomie qui s'imposait en raison des deux précédentes fausses couches, qui peuvent être mises sur le compte des fibromes, d'autre part la parfaite réussite de la myomectomie qui a permis à cette femme de conduire sa grossesse à terme.

La myomectomie est évidemment l'opération de choix, chaque fois qu'elle peut être réalisée, car elle permet à la femme de mener sa grossesse le plus souvent à terme et d'espérer pour l'avenir d'autres gestations. Les premières interventions sur les utérus gravides fibromateux remontent en 1880 : Schröder, dans une statistique que rapporte Stratz, en 1905, dans le *Centralblatt für Gynakologie*, n'en cite que douze

cas. La statistique de Türner, publiée en 1900, porte sur 77 myomectomies sur l'utérus gravide. De ces 77 interventions, 16 femmes sont mortes (20,8 %), 18 ont avorté ; 43 ont accouché à terme ou près du terme. Enfin une statistique de Bar et Brindeau portant sur 83 observations, montre un seul cas de mort par pneumonie, trois jours après l'intervention. Sur les 82 cas, l'accouchement eut lieu à terme, sans incident, 34 fois.

Nous notons enfin la terminaison de l'accouchement par forceps, afin d'éviter à l'utérus, porteur de cicatrices, un excès de travail.

Il est bon, à ce sujet, de signaler la possibilité de rupture utérine. Benoît Gonin a noté trois ruptures utérines sur cent cinq gestations à terme ou près du terme, après myomectomies.

3. *Accouchement prématuré.* — Nous possédons deux observations personnelles.

Mme G. (observations 4316, 4802, 5096), âgée de 32 ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Réglée 4 à 5 jours tous les 28 jours, avec des douleurs le premier jour de ses règles. Mariée depuis quelques mois (17 novembre 1931) et, depuis son mariage, ses règles sont irrégulières, avec avance et retard. Elle vient consulter le 5 mars 1932, parce que, depuis deux mois, elle a des douleurs abdominales intermittentes qui depuis quinze jours sont devenues continues ; ces douleurs augmentent quand elle marche et il en était déjà ainsi alors qu'elles n'étaient qu'intermittentes ; ces douleurs la réveillent quelquefois la nuit. Elle n'est pas constipée, elle n'est pas frileuse, elle a des pertes blanches qui vont en aug-

mentant alors qu'elle n'en avait pas avant ces phénomènes douloureux ; elle a un bon appétit, elle a souvent des migraines. Elle aurait peut-être eu de la fièvre.

A l'examen, on trouve un gros utérus douloureux avec des annexes sensibles et grosses. Le repos est conseillé, ainsi que des injections tièdes boratées.

Revue le 17 mars 1932. La chaleur lui a réussi, elle va beaucoup mieux ; l'utérus est gros (4 travers de doigt), il bat (elle vient d'avoir ses règles), encore un peu douloureux ; annexes non perçues, non douloureuses.

Le 24 mai 1932. Elle a été étonnamment améliorée, les pertes blanches ont diminué, sauf après les règles. Hauteur utérine : 8 centimètres. L'utérus bat.

Le 26 novembre 1932. Le volume de l'utérus correspond à une grossesse de trois mois.

Histoire de la grossesse. — Le 11 février 1933, elle commence une grossesse. Les dernières règles sont du 10 janvier. Elle souffre beaucoup depuis le 5 février, sans lipothymie, d'une douleur continue. Hauteur utérine : 11 centimètres. L'utérus est dur, sensible à droite et bat. On prescrit repos, infra-rouges.

13 février 1933. Elle souffre toujours à droite de son utérus, de douleurs qui durent environ dix minutes et qui reviennent à peu près toutes les demi-heures.

18 février. — Depuis qu'elle fait des infra-rouges, elle souffre beaucoup moins.

27 février. — La hauteur utérine est de 14 centimètres.

18 mars. — Hauteur utérine : 14 centimètres. Elle souffre toujours un peu.

20 avril. — Elle a perdu un peu de sang à deux reprises depuis sa dernière visite. L'utérus est douloureux. Hauteur utérine : 18 centimètres.

7 mai. — Depuis le 2 mai, elle a perdu de l'eau, à plusieurs reprises, par flots. Hauteur utérine : 18 centimètres.

6 juin. — Hauteur utérine : 24 centimètres.

24 juillet. — Elle a perdu du sang le 1^{er} et le 18 juillet. Le fibrome est tombé sur le côté et il y a deux masses, l'une, l'utérus, souple, à droite, mesurant 23 centimètres ; l'autre, dense, à gauche, mesurant 22 centimètres.

14 août. — Elle perd toujours beaucoup d'eau et souvent du sang. Hauteur utérine : 27 centimètres ; l'utérus est flanqué à gauche d'un gros fibrome dur.

26 août. — Elle perd à plusieurs reprises de l'eau et du sang.

Accouchement. — Le 27 août, accouchement prématuré à 7 mois et 17 jours, après les dernières règles. La dilatation a été très pénible en douze heures environ. Anesthésie, forceps en O I D P. Enfant avec un double pied-bot varus d'un côté et valgus de l'autre, cyanosé, respirant à peine, pesant 1800 grammes, mesurant 43 centimètres. Délivrance dix minutes après, le tout avec une quantité de sang inférieure à la moyenne. Le placenta pèse 545 grammes. Il est ficelé. Le cordon est très long.

Suites de couches. — Revue le 3 octobre 1933. Elle a gardé un utérus très douloureux, elle a eu des crises très violentes pendant ses suites de couches, et elle a eu un peu de fièvre. Actuellement, elle est normale. La masse formée par son utérus et son fibrome est à peu près aussi volumineuse qu'une grossesse de six à sept mois. Elle a eu son retour de couches le 30 septembre.

28 octobre 1933. — Régulée le 22 octobre, 3 jours, dont 2 abondamment. La masse mesure 14 centimètres.

Elle a été opérée le 1^{er} novembre 1933 ; le chirurgien se borne à des myomectomies ; il enlève douze fibromes dont le plus gros (une orange) est en haut et en arrière, plusieurs près du bord droit, un près du bord gauche adhérent, un à l'isthme ; mèche et drain. Les trompes

étaient normales, mais elle a deux gros ovaires. Phlébite dans les suites opératoires.

17 février 1934. — Elle a été réglée trois fois, mais pauvrement avec des douleurs. L'utérus est élevé, adhérent à la cicatrice abdominale.

On peut noter dans cette observation :

1° la poussée de développement de fibromes, accompagnée d'une réaction annexielle ;

2° la conception à la suite du traitement de ces lésions ;

3° les métrorragies gravidiques et l'hydrorrhée. Il est intéressant de revenir sur cet accouchement prématuré ; en effet il est permis de se demander si, en l'absence de fibromes, l'endométrite à elle seule, dont les hémorragies et l'hydrorrhée sont la traduction, n'aurait pas suffi à provoquer un accouchement avant terme.

Mme M. (observation 1075).

Dernières règles du 10 au 14 novembre. Elle présente un fibrome de la corne gauche, gros comme un œuf, absolument indolore. Vers la fin de sa grossesse, elle présente de l'albuminurie gravidique avec œdèmes. La tension artérielle est de 15-10.

Accouchement prématuré le 3 août, au terme d'un peu plus de huit mois.

Des différentes observations se rapportant aux deux précédents cas (grossesse avec avortement et accouchement prématuré), nous tenons à rapprocher l'observation suivante :

Mme P. (observation 1734), âgée de 34 ans.

Au cours de sa troisième grossesse, elle présente des métrorragies. On découvre un fibrome. Elle va à terme. Par la suite, elle faite une fausse-couche de trois mois et demi. Enfin, elle devient enceinte pour la cinquième fois. Les dernières règles sont du 6 août. L'examen révèle une hauteur utérine de 22 centimètres ; il montre un fibrome dur, indolore, praevia.

Le 15 février, menace de fausse-couche. Le 20 avril, menace d'accouchement prématuré : la tête est très engagée. On ne sent plus trace du fibrome. Elle accouche à terme en quelques heures.

Ainsi, vu les antécédents (métrorragies pendant la troisième grossesse, fausse-couche de trois mois et demi ensuite), on pouvait penser voir cette cinquième gestation se terminer prématurément. Malgré deux menaces d'interruption, à deux mois d'intervalle, l'accouchement a cependant eu lieu à terme, ce qui montre combien il faut être prudent avant d'établir un pronostic.

En dehors de l'avortement et de l'accouchement prématuré, on voit parfois survenir, au cours de la gestation, certains troubles qu'il est possible de rattacher à la présence d'un fibrome. Nous avons intitulé l'observation ci-dessous « un cas de subocclusion intestinale pendant la grossesse ».

Mme D. R. (observations 5168 et 5333), âgée de 37 ans. Réglée habituellement 4 à 5 jours tous les 28 jours sans douleur. Une première grossesse normale à 18 ans (l'accouchement a duré 36 heures). Puis une longue période de stérilité volontaire d'abord, involontaire ensuite. Il y

a 4 ans, fortuitement, plusieurs médecins constatent l'existence d'un fibrome qui ne fait pas parler de lui.

Histoire de la grossesse. — Elle devient enceinte par hasard en 1933. Dernières règles du 6 au 10 août (elle était à Saint-Moritz le 15 août et elle a été à Cannes du 23 août au 29 avril). Constipation habituelle, inchangée par la grossesse. Grande frilosité habituelle inchangée par la gestation. Appétit médiocre non augmenté par la grossesse, pas de migraines.

Elle vient consulter le 6 novembre, ayant quelques vomissements. Son utérus mesure onze centimètres à droite, au niveau d'un gros fibrome interstitiel et huit centimètres à gauche. Le 5 décembre, son utérus mesure 19 et 17 centimètres ; pouls : 96 ; respiration : 24 ; elle se plaint d'augmentation de la constipation. Le 5 janvier 1934, on constate du ballonnement ; Mme D.-R. se plaint de douleurs au niveau des membres inférieurs, de l'abdomen et du vagin. Elle a eu des epistaxis. Les deux cornes utérines sont à 22 centimètres. Oligurie (375 grammes). Le 20 janvier, la diurèse s'élève à 550 grammes. La hauteur utérine est de 22 centimètres ; la tension artérielle est à 12-8 $\frac{1}{2}$. Le 22 janvier, crise de subocclusion ; arrêt des matières et des gaz. Pouls : 96 ; tension artérielle : 12-7.

Un lavement de rectopanbiline amène l'émission de gaz et le soulagement, puis les jours suivants, tout en émettant des gaz, elle reste ballonnée pendant quelques jours.

Le 14 février, elle est fortement secouée, par suite d'un tamponnement d'autobus. Elle commence à ressentir de vagues douleurs qui se précisent dans le courant de la journée. Dans l'après-midi, elle perd un peu de sang. Vers deux heures du matin, dans la nuit du 14 au 15 février, elle expulse un petit fœtus, du sexe mas-

culin, non viable, pesant 1700 grammes, et mesurant 38 centimètres. Une demi-heure après, elle expulse le placenta qui semble complet et qui présente une cupule d'hémorragie rétro-placentaire.

Cette crise de subocclusion intestinale semble être imputable au fibrome, sans que cela soit d'ailleurs démontré (jusque-là le fibrome a été parfaitement toléré). Notons l'oligurie habituelle sans albuminurie et avec une tension artérielle normale, et la terminaison précoce de la gestation par un avortement à cinq mois et demi avec hémorragie rétroplacentaire.

B. — INFLUENCE DES FIBROMES SUR L'ACCOUCHEMENT

Cette période de la grossesse est particulièrement troublée par les fibromes, qui peuvent simplement gêner les contractions utérines. Celles-ci perdent leur régularité ou se ralentissent, et bien souvent l'accoucheur est obligé d'avoir recours au forceps pour terminer une expulsion qui traîne en longueur. Il s'agit en général de petits fibromes interstitiels, comparables à de véritables écrans interrompant la transmission de la contraction, le long des fibres musculaires.

Mais la fibromatose peut entraîner des complications plus sérieuses, telles

- les présentations vicieuses ;
- le fibrome praevia ;
- le fibrome s'accompagnant de placenta praevia.

Présentations vicieuses. — Les fibromes gênent l'accommodation, aussi les présentations vicieuses se rencontrent-elles plus souvent que normalement (46 % selon Couvelaire). Les présentations du sommet n'existent que dans 51 % des cas (Lefour), 54 % (Olshausen), 59 % (Lynch). On a affaire beaucoup plus fréquem-

ment à une présentation du siège (24 % pour Olshausen, 32 % pour Lefour), ou à une présentation de l'épaule (19 % selon Olshausen, 17 % pour Lefour). Par contre, le Professeur Pinard notait seulement 6 présentations du siège et 4,7 présentations transversales contre 90 présentations céphaliques.

Mme S., âgée de vingt-huit ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Réglée régulièrement, 4 jours tous les 29 jours. Pertes blanches depuis l'âge de 18 ans. Pas de métrorragies.

Histoire de la grossesse. — Dernières règles, du 24 au 28 août 1933. A sa première visite dans le service, l'examen montre un gros utérus irrégulier, et un très gros fibrome. Peut-être y a-t-il une grossesse surajoutée ?

Le 6 décembre 1933. — L'examen révèle un utérus irrégulier remontant presque jusqu'au gril costal gauche.

Le 11 janvier 1934. — La hauteur utérine est de 25 centimètres. On fait une radiographie qui montre une présentation transversale.

Le 15 février. — La hauteur utérine est de 27 centimètres.

Le 22 mars. — Hauteur utérine : 30 centimètres. La présentation est toujours transversale.

Le 26 avril. — La présentation reste transversale ; le fœtus est étalé sur le détroit supérieur et les fosses iliaques par le poids du fibrome.

Ainsi le fibrome, par sa masse, peut déterminer une gêne de l'accommodation. Dans un tel cas, la césarienne est formellement indiquée. En effet, la version par manœuvres externes est impossible, d'autre part, il ne faut pas compter sur la verticalisation du fœtus au début du travail.

Fibrome Praevia. — Le fibrome praevia, qu'il soit interstitiel ou pédiculé, peut être un obstacle absolu au passage de l'enfant. La dystocie dépend du volume de la tumeur et de sa consistance. Tarnier a dit qu'une tumeur du volume d'un œuf de poule, ne permet pas un accouchement par les voies naturelles. On est donc obligé, dans ces cas, de recourir à la césarienne. Par contre, certains fibromes, et en particulier ceux du segment inférieur, sont susceptibles de se ramollir, de s'aplatir, de s'étaler. Ainsi peut s'effectuer le passage de l'enfant et l'accouchement se terminer sans incident. Si l'on se trouve en présence d'un fibrome pédiculé, trois éventualités peuvent se produire :

1° Le fibrome remonte, grâce aux contractions utérines, donnant lieu parfois à cet « artifice de la nature en vertu duquel la tumeur abandonne le petit bassin pour remonter dans la cavité abdominale. » (Lefour). C'est grâce à ce phénomène que le pôle fœtal peut s'engager.

« Ce sont surtout les fibromes les plus mobiles et les mieux pédiculés, ceux qui siègent haut sur le segment inférieur ou sur la face antérieure et les bords, qui remontent le plus facilement. » (Brindeau).

Cela ne va d'ailleurs pas toujours sans un certain dommage pour le fœtus qui peut se trouver comprimé entre le bassin et la tumeur. Cette compression a pu réaliser un enfoncement crânien (Voron et Gounet) ;

2° Dans certains cas de fibromes sous-muqueux, à long pédicule, on peut voir se produire une elongation

de ce pédicule, et la tumeur, poussée par le pôle foetal, peut être littéralement accouchée, et apparaître à la vulve en avant de la présentation. Le fœtus sort, et l'accouchement terminé, le fibrome reprend sa situation primitive. Il arrive parfois que le pédicule se rompe, libérant ainsi la tumeur (Vallois) ;

3° Enfin il est des cas, particulièrement défavorables, où le fibrome, ne subissant ni étalement, ni aplatissement, devient une cause de dystocie grave.

Mme D., âgée de 29 ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Réglée à 12 ans. Mal réglée depuis 1930. Règles irrégulières tous les deux ou trois mois, mais abondamment.

Histoire de la grossesse. — Rentre dans le service le 23 janvier 1934, envoyée par le docteur Povilewicz qui a porté le diagnostic de grossesse à terme, compliquée d'un obstacle praevia : kyste ou fibrome bombant dans le Douglas.

Ses dernières règles sont du 21 avril 1933. Quelques vomissements pendant la grossesse. Pas d'hémorragies. Elle est primipare.

L'examen montre une hauteur utérine de 33 -centimètres ; le dos est à droite, la tête non engagée ; auscultation : + +. Au toucher, on sent une masse rénitente, régulière, ovalaire, bombant dans le Douglas, grosse comme deux poings.

L'accouchement étant impossible par les voies naturelles, le docteur Duhail fait une césarienne le 25 janvier 1934. Extraction d'un enfant, du sexe masculin, pesant 2.030 grammes et mesurant 46 centimètres. L'enfant a survécu cinq heures. Suites d'opération normales.

Dans un tel cas, l'hystérectomie eût été regrettable, la myomectomie impossible : en effet, le fibrome, d'accès difficile, sur l'isthme en arrière, était implanté, par une base large, sur une région mince. Si l'on avait eu affaire à un fibrome inséré sur le fond de l'utérus, on aurait pu recourir à la radiothérapie, ou procéder à une myomectomie gynécologique. D'autre part, la tumeur constituait un obstacle infranchissable, et l'intervention par voie haute n'était pas discutable. Etant donné la taille de l'enfant (46 centimètres) et son poids (2.030 grammes), cette femme n'était pas à terme : elle a probablement fait erreur sur la date de ses dernières règles.

Mme P. (observation 408). Enceinte pour la troisième fois, cette femme est en douleurs depuis plusieurs heures, au moment où le docteur Vignes est appelé par un confrère pour fibrome praevia. La poche des eaux ne serait pas rompue. Césarienne facile sans hystérectomie sur le désir de la malade et de sa famille. Infection par la suite, qui entraîne, malgré une hystérectomie secondaire, la mort de la patiente.

Il est probable que la poche des eaux était rompue depuis un certain temps.

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, il est des fibromes qui, étant manifestement praevia durant la grossesse, peuvent dans les derniers mois abandonner cette situation et permettre un accouchement spontané.

Mme R. (observation 23). — Multipare, cette femme avait des fibromes énormes, dont l'un, au quatrième

mois, semblait manifestement *praevia*. Elle a eu des hydroporrhées abondantes dans les premiers mois de la grossesse. Vers le milieu de sa gestation, elle a présenté des phénomènes douloureux. Elle est pourtant accouchée sans incident par les voies naturelles et rapidement.

Parmi les fibromes qui se mobilisent, il faut distinguer les pédiculés et les interstitiels, pour lesquels on peut avoir des surprises : ou bien le fibrome, appartenant au segment inférieur s'élève, ainsi qu'on peut le prévoir, ou bien contre toute attente la tumeur ascensionne pour ainsi dire miraculeusement.

De l'observation précédente, nous pouvons rapprocher celle de J. Anderodias :

Femme âgée de 41 ans, présentait un énorme fibrome en avant de la tête fœtale. Une césarienne apparut inévitable, mais la tumeur fut chassée dans la fosse iliaque gauche, par des contractions vigoureuses ; la tête s'engagea et le fœtus fut expulsé spontanément.

Ainsi, le volume du fibrome n'est pas toujours un signe de valeur absolue, et Lepage relate dans une observation l'ascension spontanée d'un fibrome gros comme une tête d'enfant.

L'accoucheur est parfois amené à faire une césarienne, s'il veut extraire un enfant vivant, dans certains cas où l'accouchement spontané est possible, mais susceptible d'entraîner de gros risques pour le fœtus. Nous citerons à ce propos l'observation de Schockaert, de Louvain.

Femme âgée de 37 ans. Son passé gynécologique et obstétrical ne présente rien d'anormal jusqu'en 1920.

Trois accouchements normaux en 1907, 1910 et 1912. Le mari a été appelé sous les armes en 1914. A partir de 1915, la malade ressentit une pesanteur vague dans le bas-ventre, pesanteur qui alla en s'accroissant. En dehors de cela, rien d'anormal. Après le retour du mari, elle est devenue enceinte, et après une grossesse absolument normale, elle a eu, en 1920, un accouchement particulièrement dystocique par suite d'un fibrome praevia enclavé dans le bassin. Après de grosses difficultés, le médecin traitant a amené au forceps un enfant mort et a conseillé vivement à la femme de se faire extirper la matrice après le retour de couches. Voulant à tout prix avoir une fille (elle avait alors deux garçons en vie), elle vint consulter le docteur Schockaert en février 1921.

L'examen montre un fibrome très dur, gros comme une petite tête fœtale, occupant le fond du Douglas, et refoulant le col en haut et en avant. Dans le but de favoriser une nouvelle conception, on pratique à huit jours d'intervalle, deux cautérisations intra-utérines à la teinture d'iode, l'utérus présentant des écoulements glaireux. Les règles ne sont apparues que deux fois et les dernières datèrent du 26 avril.

Grossesse normale, ni vomissements, ni autres malaises. A six mois, le fibrome pelvien semblait notablement augmenté. Toutefois, bien que remplissant tout le petit bassin, il ne provoquait aucun symptôme de compression, ni du côté du rectum, ni du côté de la vessie, ni du côté des membres inférieurs. Le col ramolli était porté très en avant, au-dessus du pubis. La malade entre en clinique à mi-janvier et l'opération a lieu le 18 janvier.

Anesthésie rachidienne. — L'opération a duré une heure. Extériorisation de l'utérus, incision et extraction d'une petite fille de 3.100 grammes. Hystérectomie totale ;

ligature soigneuse des pédicules vasculaires très volumineux. Hémorragie minime. Drainage, avec mèche de gaze iodoformée. Péritonisation haute et fermeture de la paroi. Guérison sans fièvre. La malade quitte la clinique le 8 février.

Fibromes s'accompagnant de placenta praevia. — Les fibromes se compliquent assez souvent d'insertion basse du placenta. Pour Lefour, on trouve le placenta praevia dans 4 % des cas, dans 2 % pour Nauss. Kosmak, sur 114 accouchements de fibromateuses, note 5 insertions basses. Dans 85 cas de fibromes vus à la clinique Baudelocque, de 1895 à 1900, Méheut a trouvé 30 insertions basses; quant à Jamain, sur les 63 cas rassemblés par lui à la même clinique, de 1905 à 1906, il a relevé 16 placentas praevia.

Mme S. (observations 5110 et 5326), âgée de 40 ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Réglée trois jours tous les vingt-huit jours, sans douleur et sans qu'il y ait d'hémorragie faisant penser à un fibrome en poussée évolutive : elle ignorait la présence d'un fibrome. Elle n'a jamais eu d'enfant.

Histoire de la grossesse. — Elle a eu ses dernières règles du 5 au 8 juin 1933. Elle n'est pas constipée, elle est assez frileuse, a quelques pertes blanches, un bon appétit. Elle a été examinée, il y a quelques semaines, en Savoie, pour aménorrhée, et on a constaté des fibromes dont elle ignorait l'existence. On parle d'opération, quoique ces fibromes ne déterminent aucun trouble et sans porter attention à l'aménorrhée qui est pourtant le motif de la consultation. Plus sagement, le médecin qui adresse

Mme S., se méfiant de la possibilité d'une grossesse, a fait pratiquer un Zondek qui a été positif.

On l'examine le 6 octobre et on constate une hauteur utérine de 16 centimètres, quatre fibromes gros comme des noix sur la face antérieure de l'utérus, très durs, indolores, et, dans le cul-de-sac de Douglas, un autre fibrome qui a le volume et la forme d'une banane, mais qui est plus mou que les autres.

A ce moment, on n'est pas partisan de pratiquer une myomectomie. Le seul fibrome qui pourrait être dangereux pour l'accouchement est le fibrome du Douglas, mais il y a tout lieu de supposer qu'il se ramollira ou qu'il ascensionnera. Si on tentait de l'extirper à l'heure actuelle, il y aurait forcément d'importantes manipulations de l'utérus, étant donné sa profondeur et l'opération risquerait de déterminer un avortement qui, vu le volume de l'embryon, ne serait pas sans inconvénient pour les sutures utérines. D'autre part, il est difficile d'enlever un fibrome et de remettre à plus tard l'ablation des autres. On est alors amené à faire une opération importante et selon toute vraisemblance on serait conduit à faire une hystérectomie.

Le plus simple est donc d'attendre la date de l'accouchement. On reverra Mme S. à cette époque. Si l'accouchement par les voies naturelles semble certain, on interviendra pour extraire les fibromes, seulement après le retour de couches et après un nouvel examen.

S'il semble que le fibrome du Douglas constitue un obstacle, il faudra faire alors une césarienne et une extirpation des fibromes ou une hystérectomie.

Mme S. est revue le 31 octobre 1933. La hauteur utérine est de 19 centimètres. Elle se plaint d'une zone douloureuse à droite : ovaire ? Elle se plaint aussi de « spasmes » qui, le matin, partent de l'abdomen et gagnent les pieds.

Le 3 novembre 1933. — Depuis hier, 2 novembre, elle a des contractions utérines probablement consécutives à son ovaralgie.

10 novembre. — La hauteur utérine est de 18 centimètres. Elle souffre moins de son ovaire.

28 novembre. — Elle avait eu le 25, des douleurs assez vives, spécialement dans la région cervicale et surtout quand elle urinait. La hauteur utérine est de 22 centimètres.

30 décembre. — La hauteur utérine est de 23 centimètres, mais à droite 29 centimètres. Elle n'a plus souffert.

29 janvier 1934. — La hauteur utérine est de 31 centimètres ; le segment inférieur n'est pas constitué, la tête est dans la fosse iliaque gauche.

6 février. — Elle perd du sang brun. La tête est toujours dans la fosse iliaque.

10 février. — L'utérus est en tension, mais elle ne souffre pas, et elle n'a plus saigné. Présentation transversale.

14 février. — Elle a perdu du sang rouge hier soir, assez abondamment. Elle entre à la clinique.

Présentation transversale, mais il est impossible par le toucher d'arriver sur le fœtus, dont un épais matelas nous sépare. On porte le diagnostic d'insertion du placenta sur le segment inférieur.

15 février 1934. — Elle a encore un peu perdu le matin. Dans la matinée, elle a eu une lipothymie, et, en même temps, les bruits du cœur sont devenus mauvais, sans que l'utérus se durcisse. La tension artérielle est de 10-7 au Vaquez.

17 février. — Elle a continué à saigner, et même elle a perdu la nuit, un caillot gros comme un œuf. Césarienne suivie d'hystérectomie d'un utérus fibromateux. Fille pesant 2.700 grammes et mesurant 49 centimètres.

Le placenta recouvre en totalité l'orifice interne. On peut parler de placenta centre pour centre (la pièce a été déposée au musée de la clinique Baudelocque).

Notons dans cette observation :

— La longue période de stérilité (cette femme devient enceinte à 40 ans).

— La méconnaissance de la grossesse au début, diagnostiquée grâce à la méthode de Zondek.

— Les hémorragies apparues vers sept mois et demi, qui peuvent, à cette époque, faire penser à l'existence d'un placenta praevia.

— La présentation transversale du fœtus qu'on peut rattacher à la fois au fibrome et au placenta inséré sur le segment inférieur.

— Enfin, l'existence d'un placenta praevia centre pour centre.

C. — INFLUENCE DES FIBROMES SUR LA DELIVRANCE

L'accident principal à redouter est l'hémorragie. On peut alors trouver le placenta inséré sur le fibrome : on a le plus souvent une hémorragie incoercible (Treub), mais c'est une éventualité assez rare ; en effet, peu de cas sont signalés dans la littérature. En 1880, Lefour en signale seulement huit cas ; en 1896, Pujol en note quatre ; en 1897, Maygrier en observe un nouveau.

Les accidents hémorragiques peuvent être attribués à l'inertie utérine (Brindeau). « Ce qui caractérise avant tout le placenta des utérus fibromateux, c'est son adhérence. » (René Netter). Ainsi s'explique la fréquence des délivrances artificielles : dans 23 % des cas, pour Lefour ; 14 % pour Schauta.

En dehors des hémorragies, on peut voir à la suite de l'expulsion du fœus, le fibrome empêcher la sortie du placenta. L'observation de Potocki est vraiment démonstrative.

Accouchement prématuré spontané d'un fœtus putréfié de 2.200 grammes, en présentation de l'épaule. L'utérus resta gros ; le col refermé est bourré sur toute la longueur

de noyaux fibromateux. La délivrance, cependant, s'imposait d'autant plus urgente, que l'œuf était putréfié, mais à peine un doigt pouvait être introduit dans le col. Expectation après injection intra-utérine et pose d'un drain pour drainer et exciter les contractions, mais 24 heures après, ce placenta était toujours retenu (sans aggravation de l'état général).

Le lendemain, l'état général tendant à s'aggraver, on fait une hystérectomie abdominale totale par le procédé américain. Injections de sérum artificiel, mais mort dix jours après l'hystérectomie.

Enfin, un accident très rare peut survenir lors de la délivrance, l'inversion utérine. Pour mon maître, M. Vignes, la cause la plus fréquente (98 % des cas, peut-être) « réside dans une délivrance mal conduite ». En dehors de cette principale cause, on en a décrit plusieurs autres, parmi lesquelles le fibrome occupe une place prépondérante.

D. — INFLUENCE DES FIBROMES SUR LES SUITES DE COUCHES

Les fibromes peuvent réaliser un obstacle à l'écoulement des lochies, au point d'entraîner la nécessité d'une hystérectomie. Tels sont les cas de Riche, et de Demelin et Brindeau.

Observation Riche :

Utérus fibromateux enlevé trois jours après accouchement normal, chez une femme épuisée par d'abondantes hémorragies de la délivrance. Gravement infectée par suite de rétention dans l'utérus obstrué par un fibrome, de lochies fétides. hystérectomie abdominale totale. Guérison.

Observation Demelin et Brindeau :

Fibrome déterminant dystocie. Accouchement nécessitant éviscération et craniectomie sur la tête dernière, écoulement lochial fétide consécutif et extraction d'un fibrome sphacélé tendant à s'accoucher.

Hystérectomie vaginale nécessitée par une déchirure de la face postérieure de l'utérus, au point d'insertion du fibrome.

Ainsi que la rétention placentaire, la lochiométrie peut entraîner de l'infection, dont il n'est pas toujours facile de déterminer la gravité ; à ce sujet, il faut distinguer les fibromes infectés dans leur trame de la lochiométrie par obstacle. Il nous paraît intéressant de rapporter une observation personnelle que nous intitulons : « A propos d'un diagnostic de suppuration de fibrome dans les suites de couches ».

Mme V. (observation 1485), âgée de 37 ans.

Réglée 2 à 3 jours tous les 26 jours. Découverte fortuite d'un fibrome gros comme une orange au début de la grossesse. Ce fibrome a complètement disparu dans les mois suivants, quand on l'examine.

On pratique une révision utérine pour rétention placentaire. Dans les suites de couches, la température s'élève à 38° ; on retrouve deux fibromes qui sont sensibles. On se demande s'il ne va pas être nécessaire de faire une hystérectomie, quand, sous l'influence de la glace, tout s'arrange et quelques lochies fétides apparaissent.

Enfin, l'infection peut être à la base d'une phlébite, et on sait « qu'une femme hystérectomisée pour fibrome est plus exposée à cet accident que si elle a été hystérectomisée sur n'importe quelle autre indication gynécologique. Il en est de même, en ce qui concerne l'accouchement chez les fibromateuses. » (H. Vignes).

CHAPITRE II

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR LES FIBROMES

La grossesse modifie très sensiblement les fibromes :

Elle les ramollit,
les hypertrophie,
les déplace.

Ramollissement des fibromes. — La plupart des fibromes se ramollissent, sous l'influence de la gestation, surtout les fibromes interstitiels et ceux du segment inférieur. Ce changement de consistance est dû à une infiltration par œdème. Nous avons vu, à propos des fibromes praevia, comment, grâce à ce ramollissement, l'accouchement pouvait se terminer spontanément, alors que tout laissait prévoir une intervention par voie haute. C'est qu'en effet, grâce au ramollissement, les fibromes s'aplatissent jusqu'à s'effacer.

Hypertrophie des fibromes. — L'hypertrophie des fibromes est fréquente. Elle est favorisée par la prédominance dans la tumeur du tissu musculaire et par le siège des fibromes ; ce sont les interstitiels qui augmentent le plus de volume.

L'hypertrophie n'a pas toujours été admise par les auteurs : c'est ainsi que Guéniot, en 1869, prétendait que la grossesse n'avait aucune influence sur les fibromes. Emmet va jusqu'à dire que les fibromes diminuent et même peuvent disparaître pendant la gestation. En opposition avec ces théories, la plupart des auteurs (Depaul, Tarnier, Montgomery, Gusserow, Guyon, Scanzoni, Lefour et d'autres) reconnaissent la réalité de l'hypertrophie des fibromes.

Cela ne veut pas dire que tous les fibromes augmentent de volume : c'est ainsi que les fibromes interstitiels subissent un accroissement beaucoup plus important que les fibromes pédiculés. D'autre part, seuls les fibromes jeunes, c'est-à-dire les tumeurs riches en fibres musculaires, s'hypertrophient (Pinard).

Parfois, l'augmentation de volume est assez faible, pour ne déterminer aucun trouble.

Mme S. B. (observation 3541), âgée de 38 ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Réglée 5 jours tous les 27 jours, avec quelques douleurs. Elle a eu une première grossesse à 29 ans. Grossesse normale et accouchement normal, qui dure 12 heures. Au printemps de 1930, on fait fortuitement le diagnostic de fibrome, inutile à opérer, gros comme une mandarine.

Histoire de la grossesse. — Deuxième gestation actuelle. Dernières règles du 18 au 23 juin 1930. Constipation habituelle inchangée par la grossesse. Frilosité habituelle, augmentée principalement au début de sa grossesse. Elle a habituellement beaucoup de pertes blanches et la grossesse n'a rien changé à ce point de vue ; elle a subi des

traitements avec crayons pour cela. Bon appétit habituel augmenté par la grossesse, pas de migraines.

Examinée le 25 octobre 1930, on trouve un utérus asymétrique avec, à droite, une hauteur utérine de 13 centimètres. A gauche, l'utérus est surmonté d'un fibrome qui prolonge la corne gauche et qui lui donne une hauteur totale de 18 centimètres (le fibrome, à lui seul, représentant 8 centimètres).

23 décembre 1930. — L'utérus est devenu symétrique et mesure 19 centimètres. Le fibrome est sensible, il est situé en haut et à gauche de cet utérus et mesure 9 centimètres.

8 janvier 1931. — Depuis deux jours, elle a des crises douloureuses par pyélonéphrite. La hauteur utérine est de 23 centimètres.

23 janvier. — On trouve un utérus étalé, mesurant 20 centimètres ; il est surmonté à gauche par le fibrome ; ce qui, à gauche, lui donne une hauteur totale de 27 centimètres.

19 février. — Elle a souffert des reins, l'utérus n'est plus étalé, il s'est développé surtout à droite et mesure 27 centimètres ; la tête est en bas, élevée.

20 mars. — La tête est très engagée, la palpation est facile malgré l'excès de liquide, le fibrome est sous le foie, gros comme une grosse orange et dur.

11 avril. — Accouchement spontané et rapide. Délivrance naturelle complète, pesant 580 grammes. Poids de l'enfant : 2.950 grammes. Taille : 52 centimètres.

Suites de couches. — 15 avril 1931. Le fibrome mesure 6 à 8 centimètres. On conseille un traitement par injection d'extrait mammaire pour essayer d'activer l'involution.

Est-ce l'effet de l'opothérapie mammaire ou d'une cause fortuite, toujours est-il que le 12 juin 1931, elle n'a pas encore de retour de couches. Le fibrome est très mobile, il est gros comme une mandarine.

3 juillet 1931. — Ses règles sont revenues spontanément.

Ainsi, augmentation de volume du fibrome insignifiante et involution manifeste dans les suites de couches.

Une autre observation personnelle a trait à une hypertrophie gravidique plus évidente.

Mme C. (observation 4320), âgée de 35 ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Première grossesse à 24 ans : gestation normale, accouchement normal en 24 heures. Deuxième grossesse à 27 ans : gestation normale, accouchement en six à sept heures. Troisième grossesse à 32 ans, terminée par une fausse-couche traumatique (gémellaire).

Histoire de la grossesse. — Quatrième grossesse actuelle. Dernières règles du 18 au 23 novembre 1931. Constipation habituelle inchangée par la grossesse ; elle n'est pas frileuse, elle n'a pas de pertes blanches ; bon appétit habituel inchangé depuis quelle est enceinte ; pas de migraines. Son médecin a senti une noix sur l'utérus au début de la gestation (vers le 24 décembre) et cela a augmenté depuis, sans qu'elle ait de douleurs.

L'examen, pratiqué le 7 mars 1932, montre une tension artérielle de 14-10, indice faible. L'utérus mesure 14 centimètres avec un fibrome interstitiel sur la face antérieure, et, en haut et à droite de cet utérus, un fibrome pédiculé mesurant 11 centimètres. On conseille à Mme C. de s'abstenir de traitement pour le moment, à moins que le fibrome ne devienne douloureux ou qu'il n'occasionne une gêne par augmentation de volume. Attendre la fin de la gestation pour traiter ce fibrome.

Si une intervention devient nécessaire, faire l'impossible pour faire une myomectomie.

19 avril 1932. — L'utérus mesure 22 centimètres, le fibrome : 11 centimètres.

18 mai. — L'utérus mesure 25 centimètres, le fibrome 13 centimètres. Mme C. ne ressent pas de douleurs.

16 juin. — Elle se sent très gênée ; l'utérus mesure 27 centimètres ; le fibrome n'est pas spécialement douloureux.

18 juillet. — L'utérus mesure 30 centimètres. La tête est en bas. Le fibrome est en haut et mesure 13 centimètres.

8 août. — Elle souffre d'une sciatique gauche, depuis plusieurs jours. Hauteur utérine : 32 centimètres. Tête en bas.

23 août. — Tête en bas, col largement déhiscent.

Accouchement le 23 août 1932. — Premières douleurs à 18 heures. — A 21 heures, dilatation : petite paume ; à 21 h. 25, dilatation complète. — On rompt la poche des eaux et on fait de l'hypophyse. — A 21 h. 30, accouchement d'un garçon pesant 2990 grammes et mesurant 50 centimètres. — A 21 h. 40, délivrance.

Suites de couches le 24 août 1932. — Le fibrome mesure 11 centimètres.

21 octobre. — Elle vient d'avoir son retour de couches qui a été normal. On lui a fait, à partir du 15 septembre, douze injections d'extrait mammaire. Le fibrome a considérablement involué et la masse formée par le fibrome et l'utérus est comme une grosse mandarine, comme une grossesse de deux mois.

Ainsi, hypertrophie gravidique nette du fibrome, mais indolore. D'autre part, involution nette du fibrome post-parfum.

De cette dernière observation, nous pouvons rapprocher l'observation de Mme L. (943) que nous avons prise comme type du « cas sans incident ». Toutefois, chez Mme L., on note quelques troubles provoqués par le fibrome (troubles vésicaux au début) et une moindre involution de la tumeur dans les suites de couches.

Enfin, le fibrome subit parfois une augmentation considérable, accompagnée ou non de troubles plus ou moins graves.

Madame J. (Observation 3888). — Présente des fibromes d'un volume considérable, mesurant 14 centimètres, indolores. Elle devient enceinte. Dernières règles du 19 au 23 mai. Fin septembre, poussées de douleurs et hypertrophie des fibromes qui augmentent jusqu'à 26 centimètres. Accouchement qui dure quinze heures et se termine bien. Dans les suites de couches, par des bains salés à domicile, puis à Salies, involution tout à fait remarquable des fibromes, mais sans aller jusqu'à la disparition complète.

A cette observation, nous joignons quelques cas cités dans la littérature : Lefour rapporte une observation de Depault, dans laquelle un fibrome, gros comme une mandarine, augmenta de volume pendant la gestation au point de former une masse qui remontait au niveau de l'ombilic, et remplissait toute la fosse iliaque gauche. Cameron cite le cas d'une malade de Wertheim qui, ayant un fibrome à peine gros comme une noix, présentait au quatrième mois de sa gestation un abdomen aussi volumineux qu'une femme à terme. Routier signale qu'une femme enceinte de quatre mois

eut un fibrome qui se développa si vite, que le refoulement du diaphragme provoqua des troubles respiratoires graves.

Madame J. (Observation 3904). — Cette femme est depuis longtemps porteuse de fibromes pour lesquels elle a fait des cures à Salies. Elle devient enceinte et il se produit une véritable hypertrophie galopante de ses fibromes. Elle fait une fausse couche de cinq mois, avec métrorragies abondantes et retentissement sur l'état général.

Le fibrome peut être ignoré et ne se révéler que par une hypertrophie soudaine et brutale, obligeant l'accoucheur à intervenir d'urgence.

Potocki et Sauvage citent le cas d'une femme chez qui, avant la grossesse, on n'avait pas, malgré examen, découvert de fibrome. Or, on constata dès le troisième mois, un fibrome qui remplissait tout le petit bassin et s'accompagnait de signes inquiétants : dénutrition intense, violentes douleurs abdominales, vomissements, météorisme. On dut opérer la malade d'urgence.

Dans d'autres circonstances, certains ont pu être amenés à faire des erreurs de diagnostic.

Jayle a publié un cas (Soc. de l'Internat, Paris, juillet 1907), où Jeannin, consulté, fit le diagnostic d'hydramnios aigu et conseilla d'interrompre la gestation. L'accouchement eut lieu à terme sans difficulté.

Déplacement des fibromes. — Le déplacement des fibromes pendant la grossesse n'est autre qu'une ascension : un fibrome pédiculé du fond, est attiré

vers le haut, un fibrome interstitiel s'élève en même temps que la portion utérine à laquelle il appartient.

Madame C. (Observation 961). — Agée de 38 ans. Diabétique. Secondipare, fécondée après un traitement thyro-iodé. Elle présente un fibrome gros comme un œuf de poule, sur le côté droit de l'utérus ; le fibrome s'élève en même temps que l'utérus. Fibrome toujours dur et indolore.

Menace de coma diabétique. Traitée par l'insuline ; vers la fin de la grossesse, le fibrome cesse d'être perceptible. Accouchement ultra-rapide. Hémorragies de la délivrance.

Nous retrouvons cette ascension du fibrome dans l'observation de Mme L. (943), déjà étudiée précédemment.

DÉGÉNÉRESCENCE DES FIBROMES

Sous l'influence de la grossesse, les fibromes peuvent subir diverses dégénérescences : kystique, angiomateuse, calcaire, sarcomateuse. Ce sont des éventualités rares. Par contre, on rencontre plus souvent la Nécrose, dans certains cas la suppuration, le Sphacèle et la gangrène.

Nécrobiose aseptique. — La nécrobiose des fibromes est relativement fréquente au cours de la gestation. C'est ainsi que Barbier en cite 25 cas ; un élève de Guggisberg, en 1921, note 71 cas opérés. Brindeau a relevé dix nécrobioses, sur 27 fibromes gravidiques compliqués.

Qu'est-ce que la Nécrobiose ? « C'est l'arrêt des manifestations vitales dans une partie de l'organisme. Elle s'oppose à la gangrène, processus morbide d'origine microbienne, caractérisé par la mortification et la putréfaction des tissus... La gangrène est donc toujours d'origine microbienne, tandis que la nécrobiose peut être produite par les agents les plus variés. » (H. Roger).

Quelle en est la cause ? L'ischémie. La question a été bien étudiée par Bégouin et Gambier, Chavannaz

et Nadal, Bardou. Elle se caractérise cliniquement par une fièvre continue mais modérée, par des douleurs, et anatomiquement par la coloration lie de vin de la pièce opératoire : aussi appelle-t-on encore la nécrobiose aseptique, la dégénérescence rouge.

Madame R. (Observation 542), âgée de 28 ans. — *Antécédents physiologiques et pathologiques.* — Puberté à 12 ans ; règles abondantes durant six jours tous les vingt-et-un jours, avec douleurs la veille de l'écoulement. Depuis son mariage (à l'âge de 26 ans), les règles sont aussi longues, aussi abondantes et douloureuses, mais elles n'apparaissent que tous les vingt-huit jours. Jamais de caillots.

Autres antécédents. — Rougeole, scarlatine, varicelle, grippe à 23 ans, avec point de côté persistant. Typhoïde à 25 ans avec complications vésiculaires.

Histoire de la grossesse. — Dernières règles du 25 janvier au 2 février. Au début, madame R. a eu des nausées et a présenté de l'asthénie. Elle éprouve davantage le besoin de dormir. Ses digestions sont bonnes, mais l'appétit est diminué. Constipation non habituelle : pas de modifications du fait de la grossesse. Enfin, notons qu'elle est devenue très frileuse, nerveuse et inquiète.

L'examen montre un abdomen beaucoup plus gros qu'il ne devrait être, ce qui s'explique par la coexistence d'un utérus gravide de quinze centimètres et d'une tumeur qui remonte dix centimètres plus haut. Cette tumeur coiffe la corne gauche de l'utérus, séparée de lui par un sillon. Indolore, la malade ignore sa présence.

La tension artérielle est de 11-9. Tachycardie. On peut noter, en outre que, depuis le deuxième mois de sa grossesse, Madame R. présente une poussée de périphlébite

variqueuse, au creux poplité gauche. Revue le 19 juin, soit cent-cinquante-sept jours après les dernières règles. L'utérus mesure dix-sept centimètres ; la masse a toujours la même consistance dure, elle est indolore. Cependant, tout l'abdomen est légèrement sensible. Le 28 juin, madame R. se plaint de douleurs abdominales et fait nouveau : la tumeur est devenue sensible à la palpation. On décide de l'opérer. L'opération a lieu le 3 juillet. Dans l'intervalle, les douleurs ont augmenté.

L'opération montre un énorme fibrome cylindrique, long de vingt centimètres, adhérent au colon transverse et à son méso, implanté par un de ses côtés, sur la face antérieure de l'utérus, par un pédicule grand comme deux pièces de deux francs. On l'extirpe.

L'examen de la tumeur montre à l'ouverture une vaste géode anfractueuse, pleine d'un liquide rougeâtre. L'examen histologique montra la nécrose de la paroi. Suites opératoires bonnes.

Accouchement le 22 novembre d'une fille de 3810 gr. Le placenta pèse 760 grammes. Les suites de couches d'abord excellentes, puis le quinzième jour, élévation thermique. Le diagnostic est réservé jusqu'au jour où madame R. fait une embolie qui précède de peu une phlébite.

L'apparition de la sensibilité à la palpation, au niveau du fibrome, est à la fois un bon signe de dégénérescence, et une indication formelle d'intervention : dans ce cas, on a pratiqué une myomectomie, mais on est parfois obligé d'avoir recours à l'hystérectomie.

P.-B. Bland, signale que parfois, les symptômes sont si sévères, qu'ils peuvent faire errer le diagnostic. Ainsi, dans certains cas, ils ont pu faire penser à une

rupture de grossesse tubaire ou à une torsion d'un kyste de l'ovaire.

L'évolution de la grossesse a été normale et l'accouchement a eu lieu à terme. Notons encore, à propos de cette phlébite post-partum, la fréquence de cette complication à la suite d'interventions portant sur les fibromes. Keiffer, sur 525 fibromes, note deux embolies mortelles et 4 ou 5 phlébites graves.

Beaucoup moins fréquente est la suppuration du fibrome.

Madame S. (Observation 4424), âgée de 27 ans.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Mariée à 26 ans. Réglée habituellement, quatre à cinq jours, tous les vingt-sept ou vingt-huit jours, sans douleur.

Histoire de la grossesse. — Dernières règles du 14 au 18 février 1932. Elle a perdu du sang le 8 et le 9 mai. Elle vient consulter le 24 mai, au cours du troisième mois, parce qu'elle se trouve énorme. Tendance à la constipation et à la frilosité inchangée par la grossesse, pas de pertes blanches, bon appétit habituel inchangé par la grossesse, pas de migraines. Elle se plaint de brûlures épigastriques.

A l'examen, on trouve un utérus surmonté d'un gros fibrome. Le fond de la masse remonte à vingt-sept centimètres. A onze centimètres, on perçoit un sillon entre l'utérus et le fibrome. On conseille à la malade les solutions chirurgicales. Elle est opérée le 31 mai 1932. On a trouvé un énorme fibrome pesant 2.300 grammes, coiffant l'utérus (myomectomie). Le chirurgien et son aide ont été amenés à pratiquer de nombreuses malaxations de l'utérus. Le fibrome était violacé avec une grosse poche

de pus à l'intérieur ; pour l'extirper, on dut littéralement aller jusqu'à la muqueuse utérine et on vit bomber à travers cette muqueuse, heureusement intacte, la poche ovulaire.

Elle a perdu du sang le soir de l'opération, et ensuite, tout s'est bien passé. Elle est accouchée à huit mois dix jours d'un garçon, le 8 novembre 1932.

Nous notons, dans cette observation, en dehors de la suppuration de la tumeur — l'hypertrophie gravidique,
— les métrorragies survenues au cours du troisième mois,
— la parfaite réussite de la myomectomie.

Le sphacèle des fibromes gravidiques est un accident rare, et la symptomatologie est caractérisée par l'augmentation rapide de volume du fibrome et son ramollissement, la douleur en général localisée au niveau de la tumeur, la fièvre assez discrète. A une période plus avancée, apparaissent les vomissements, le ballonnement du ventre, l'amaigrissement. Le pronostic est grave en raison des complications qui surviennent rapidement avant toute intervention (Avortement, péritonite, septicémie).

Quant à la gangrène, elle se caractérise par un état général très mauvais, avec pertes fétides. On trouve, au microscope, les éléments non colorés, l'absence d'infiltration leucocytaire (qu'on rencontre, au contraire, au cours de la suppuration) et l'existence de nombreuses colonies microbiennes (Lecène).

Nous avons retrouvé, dans le Year Book de De Lee, une observation de gangrène du fibrome dans les suites de couches.

Une négresse, âgée de 24 ans avait eu quatre enfants. Elle est admise avec une forte température et un pouls à 88 ; la respiration est de 24. Le même jour, expulsion normale d'un enfant prématuré vivant. Vue deux jours après par R. Waldo, la température était encore élevée et le pouls atteignait 120. Le col était ouvert et une tumeur facilement palpable. Lochies abondantes, mais non fétides. Le quatrième jour, hystérectomie abdominale totale. Il y avait un fibrome gangréneux. Guérison retardée par une pneumonie lobaire.

Waldo a vu deux cas semblables, et il est convaincu qu'une hystérectomie totale précoce, avant l'évolution de la péritonite, donne les meilleures chances de salut.

TORSION DES FIBROMES

Elle a été particulièrement étudiée par Lepage et Mouchotte, Piquand et Lemeland. Il y a deux cas à envisager : la torsion du fibrome pédiculé et la torsion en masse de l'utérus gravide.

La torsion d'un fibrome pédiculé pendant la grossesse n'est pas fréquente. Elle survient en général avant le cinquième mois. « On l'observe d'ordinaire sur des fibromes de volume relativement gros, à pédicule court, assez épais, d'environ cinq centimètres de diamètre, inséré sur une corne ou un des bords, le plus souvent à droite. » (Brindeau). Elle se voit surtout chez la multipare et se manifeste par des symptômes qui peuvent faire penser à la torsion d'un kyste. Cette complication commande le plus souvent l'intervention.

Nous avons recueilli quelques observations dans la littérature.

Observation de Lepage et Mouchotte.

Malade, âgée de 28 ans. — Aux deuxième, troisième et quatrième mois de la grossesse, crises douloureuses abdominales vives, tendance syncopale. Laparotomie au cinquième mois. Fibrome tordu du volume du poing. Myomectomie. Guérison ; grossesse menée à terme ; accouchement au forceps ; enfant vivant.

Observation de Malherbe et Grosse.

Au sixième mois de la gestation, douleurs abdominales brusques ; fibrome pédiculé de la paroi antérieure de l'utérus facilement senti. Intervention dix-huit jours après. Myomectomie. Ablation d'une tumeur du volume d'une mandarine (fibrome tordu).

Guérison. Continuation de la grossesse ; accouchement à terme.

Observation Bender.

Grossesse de trois mois, compliquée de torsion d'un fibrome utérin, avec phénomènes péritonéaux graves. Myomectomie abdominale. Fibrome tordu implanté sur fond utérin. Guérison. Continuation de la gestation.

Tout aussi peu fréquenté est la torsion en masse de l'utérus gravide. Elle se produit en général dans les trois premiers mois de la grossesse ; il s'agit le plus souvent de primipares. Tchohadjitch a fait un travail sur ce sujet.

UN CAS DE « PÉDICULISATION » DE FIBROME

Les fibromes qui sont interstitiels avant la grossesse, sous l'influence des contractions indolores de la gestation, se déplacent, soit en dehors, soit en dedans. Dans le premier cas, on a un fibrome pédiculé ; dans le second, il en résulte une fausse-couche. La migration de la tumeur s'accompagne, suivant les cas, de douleurs, de menace de fausse-couche ou de fausse-couche. C'est un processus qui n'est pas purement obstétrical ; en effet, des médications le réalisent en gynécologie : on a traité ces fibromes par l'ergotine, par l'hypophyse et par les eaux hyperchlorurées, genre Salies-de-Béarn. Après ces traitements, il peut s'ensuivre, soit une pédiculisation, soit une poly-pisation du fibrome.

Madame Ch. (Observations 4423 et 4506), âgée de 29 ans. — Vient consulter le 23 mai 1932 pour douleurs et développement anormal de l'abdomen, au cours d'une gestation.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Syphilis congénitale. Mariée depuis l'âge de 24 ans, elle est réglée cinq à six jours tous les vingt-sept à vingt-huit jours, sans douleur. Elle n'a pas eu d'enfant malgré aucune précaution anticonceptionnelle spéciale.

Histoire de la grossesse. — Dernières règles le 10 janvier. Elle n'est pas constipée, elle est devenue frileuse depuis qu'elle est enceinte ; elle n'a pas de pertes blanches ; bon appétit habituel inchangé depuis qu'elle est enceinte. D'une façon générale, on peut dire que sa grossesse a été douloureuse. Elle a eu des crises douloureuses de cinq minutes environ à gauche, et, depuis le 18 mai, d'autres crises à droite. Pas de nausées, pas de vomissements, pas d'élévation de température, pas de troubles du transit intestinal.

On l'examine le 23 mai 1932. Son ventre est beaucoup plus gros qu'il ne devrait être. A la palpation, on constate une masse, un sillon oblique en bas et à droite la divise en deux : d'une part, un utérus déjeté à gauche qui remonte à onze centimètres du pubis, d'autre part, une masse très dure qui remonte à vingt-et-un centimètres du pubis ; cette masse est douloureuse et descend jusqu'à la fosse iliaque droite : Kyste ou fibrome ?

Le col utérin, par le toucher, est à sa place normale, peut-être même un peu bas, il se continue manifestement avec la masse inférieure et gauche et non pas avec la masse droite.

Diagnostic : Il semble qu'il s'agisse d'une grossesse de quatre mois compliquée d'un kyste de l'ovaire, lequel a été traumatisé ou a subi un commencement de torsion. Ce diagnostic paraît plus vraisemblable que celui de fibrome.

Traitement : On conseille le repos au lit, glace sur le ventre, laudanum si nécessaire, prendre régulièrement la température. Si les phénomènes douloureux ne s'améliorent pas ou s'ils s'aggravent, s'il y a de la fièvre, s'il y a des symptômes de réaction péritonéale, il faudrait sans hésiter intervenir. Peut-être aussi une intervention pourrait se discuter pour diminuer les risques de fausse-couche que présente cette masse.

Le 11 juin 1932, madame Ch. est restée couchée avec de la glace sur le ventre et elle s'est servie de laudanum, et les douleurs ont disparu. Faits nouveaux : la masse qui était supéro-droite a basculé à droite et n'est plus douloureuse ; elle mesure vingt-et-un centimètres et est polylobée ; l'utérus mesure dix-huit centimètres.

12 juillet. — Madame Ch. a des points douloureux par fatigue. L'utérus mesure vingt-deux centimètres, la masse vingt-cinq centimètres.

20 août. — Elle vient consulter, parce qu'elle ressent des douleurs dans son fibrome. L'utérus mesure vingt-quatre centimètres, le fibrome dix-huit centimètres.

21 août. — Diarrhée, et en même temps une douleur sur le flanc gauche de l'abdomen qui pourrait bien correspondre à une pyélonéphrite.

23 août. — Les douleurs ont presque disparu.

27 août. — Ce qui est douloureux à gauche, ce n'est pas une pyélonéphrite, mais un fibrome qui, jusque-là, était probablement interstitiel et qui s'est dégagé.

8 octobre. — Elle n'a plus souffert du tout. La hauteur utérine est de trente-deux centimètres. La tumeur principale est dans la fosse iliaque droite.

Accouchement. — Elle entre en douleurs le 20 octobre, neuf mois et onze jours après les dernières règles. Dilatation en onze heures. On la fait pousser, ce qu'elle fait courageusement, mais la tête ne descend quasiment pas, et la rotation ne se fait pas. Une heure plus tard, on fait une application de forceps en gauche transverse assez difficile et une épisiotomie. Extraction d'un garçon pesant 3250 grammes et mesurant quarante-huit centimètres. Comme il y a une tendance à saigner, on lui fait de l'an-thema. Délivrance vingt minutes après, pesant 665 grammes. Réparation de l'épisiotomie.

Suites de couches. — Le 7 novembre, le fibrome mesurait toujours dix-neuf centimètres.

11 juillet 1933. — Le fibrome mesure onze centimètres, il est bien mobile et séparé. Elle est très bien réglée.

Outre le cas tout à fait particulier de la « pédiculisation » du fibrome, cette observation est intéressante à bien des points de vue : elle montre d'abord une hypertrophie gravidique de la tumeur, et à ce propos, le diagnostic de kyste de l'ovaire a pu se poser pendant la première partie de la gestation, étant donné les symptômes présentés par la malade, à cette époque. Le diagnostic a été rectifié par l'évolution même de la tumeur, qui a perdu sa sensibilité. D'autre part, l'involution aussi nette, dans les suites de couches, est en faveur d'un fibrome et non d'un kyste.

INVOLUTION DES FIBROMES DANS LES SUITES DE COUCHES

Selon la majorité des auteurs, les fibromes diminuent de volume dans des proportions d'ailleurs variables, après l'accouchement. Cette involution est caractérisée par une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires, puis des éléments conjonctifs et ultérieurement une transformation fibreuse. Contrairement à l'opinion généralement admise, certains auteurs, comme Ribemont-Dessaignes et Lepage, pensent que les fibromes augmentent de volume après l'accouchement. L'involution est plus ou moins marquée suivant les cas. A ce propos, nous rappelons certaines observations déjà citées (Mme J. 3888 ; Mme Ch. 4423 et 4506 ; Mme C. 4320 ; Mme S.-B. 3541), auxquelles nous pouvons ajouter cette autre observation.

Madame G. (Observation 1129), âgée de 26 ans. Dernières règles : 26 avril. Elle est enceinte de trois mois. La hauteur utérine est de huit centimètres ; à côté, fibrome mesurant six centimètres, mobile, dur, indolore, qui ne fait pas parler de lui durant toute la grossesse. Accouchement en quatre heures le 5 janvier. L'enfant

pèse 2600 grammes ; il mesure quarante-huit centimètres. Le fibrome a diminué de moitié dans les suites de couches. Quelques mois après, opérée par le docteur Bergeret. Fibrome avec plusieurs petites cavités kystiques. Elle est restée stérile.

Tantôt, les fibromes perdent seulement une partie de l'hypertrophie réalisée pendant la grossesse, tantôt ils régressent au point de ne plus être retrouvés au cours d'un examen ultérieur. C'est ainsi que Piquand et Lemeland ont observé, dans le service de M. Maygrier, une femme chez laquelle un fibrome gros comme une tête d'enfant à terme et paraissant nécessiter une intervention chirurgicale avait tellement diminué après l'accouchement qu'au bout de six mois, on ne pouvait plus le retrouver à l'examen clinique. Scanzoni cite l'observation d'un fibrome gros comme une tête d'adulte et existant depuis six ans, dont on ne retrouvait plus trace huit mois après l'accouchement. Depaul a vu un fibrome du volume d'un utérus gravide de quatre mois, diminuer énormément après une grossesse, si bien qu'au bout de quatre à cinq mois, il avait à peine le volume d'une mandarine. Lorrain a observé chez une femme en couches, deux fibromes utérins, dont un de la grosseur d'une tête d'enfant ; la mort étant survenue un mois après l'accouchement, l'autopsie ne montra plus que deux petits nodules fibreux, dont le plus gros avait à peine les dimensions d'une noisette.

CHAPITRE III

Il nous a paru intéressant de grouper dans un dernier chapitre, quelques cas de fibromes gravidiques pour lesquels des problèmes diagnostiques ont pu se poser, et que parfois l'intervention seule a permis de résoudre.

UN CAS DE GROSSESSE AVEC FIBROME POSTÉRIEUR AU NIVEAU DE L'ISTHME PRIS POUR UNE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

M. Vignes est appelé le 8 octobre 1933 auprès de Mme P. (observations 5113 et 5146), âgée de 32 ans pour des douleurs abdominales violentes qui vont en croissant depuis quelques jours.

Antécédents physiologiques et pathologiques. — Mme P... est réglée huit jours tous les vingt-huit jours avec des douleurs le deuxième jour. Elle a eu un enfant, à 20 ans, d'un premier mariage ; la grossesse a été normale, l'accouchement a duré dix-huit heures. Elle a eu par la suite des incidents gynécologiques pour lesquels on a parlé de métrite et pour lesquels on lui a fait un curetage. Elle s'est remariée à 25 ans et depuis elle est restée en stérilité involontaire, regrettée. Elle vient de redevenir enceinte sans que rien n'explique ce fait nouveau.

Histoire de la grossesse. — Dernières règles du 20 au 27 juillet. Le 22 septembre, elle perd un peu de sang, elle est examinée par son médecin qui ne fait aucune constatation particulière. Le 6 octobre, elle ressent brusquement une douleur abdominale vive et qui va en augmentant, douleur mal localisée. Il n'y a pas de perte sanguine, pas de vomissements, pas de syncope ni état syncopal. Par contre, elle a de fréquentes envies d'uriner et une perpétuelle sensation de besoin d'aider à la selle. Elle n'est pas constipée, elle n'est pas frileuse, elle a des pertes blanches depuis qu'elle est enceinte, bon appétit inchangé du fait de la grossesse. Température : 37°8. Pouls : 92. Respiration : 24.

De par cet interrogatoire, de par cette douleur très vive avec des renforcements de quelques secondes toutes les deux ou trois minutes, de par la période de stérilité antérieure, on pense à une gestation extra-utérine. L'examen révèle, au palper, un utérus augmenté de volume et douloureux, les deux fosses iliaques sensibles, pas de météorisme ; au toucher combiné au palper, on constate quelques tout petits nodules fibromateux sur la face antérieure de l'utérus, mais on n'est pas convaincu que le corps utérin soit augmenté de volume et on constate une douleur épouvantable du Douglas, non pas à l'extrême fond du Douglas mais assez bas ; néanmoins il y a là » quelque chose » qui est douloureux.

En présence de cette douleur du Douglas, on s'enfonce davantage dans le diagnostic de grossesse extra-utérine. Evidemment, on aurait pu faire une ponction du Douglas qui aurait montré la présence ou l'absence de sang épanché, la recherche de l'hématéïne dans le sérum qui aurait montré l'existence d'une résorption sanguine. Mais on n'avait nul doute sur le diagnostic,

et ce diagnostic était celui du médecin traitant, qui de son côté avait examiné Mme P.

Celle-ci est revue le lendemain matin, 9 octobre ; même état, douleur exquise du Douglas, crises douloureuses fréquentes avec grimaces ; le rire est douloureux. La malade est envoyée à la clinique ; le chirurgien fait le diagnostic d'utérus fibromateux avec gestation extra-utérine et opère Mme P... le soir même.

L'erreur de diagnostic était totale. La grossesse était intra-utérine et il y avait en arrière, au niveau de l'isthme un fibrome gros comme une mandarine, qui était adhérent au méso-sigmoïde très engoué et au sigmoïde. Le chirurgien fit une myomectomie, mais quand il voulut suturer l'utérus, cela fut impossible tant le tissu utérin était friable et saignant, et il fut réduit à faire une hystérectomie.

La gestation intra-utérine fut méconnue à cause de l'intensité de la douleur, à cause de la sensation de pesanteur sur le rectum. Cette méconnaissance a tenu encore au fait qu'on n'a pas cherché à comprendre pourquoi, ayant senti l'utérus au palper, on ne le sentait plus au toucher ; au lieu de croire à une erreur de la première sensation, on aurait du attendre pour essayer de percevoir une contraction utérine. Il faut retenir aussi, que le signe du Douglas n'a sa pleine signification qu'au cas d'un Douglas libre et ne la possède pas si le Douglas est le siège d'une masse.

On n'ignorait pas qu'une intervention s'imposait néanmoins, que ces douleurs très vives nécessitaient un soulagement, que ce fibrome mal placé était appelé

à dégénérer et que ses rapports avec l'intestin et son méso auraient sans doute tôt ou tard déterminé une occlusion intestinale, les circonstances opératoires auraient été sans doute moins favorables ultérieurement. Il n'en est pas moins vrai qu'il faut se rappeler la cause d'erreur représentée par ce fibrome douloureux de l'isthme.

Suites de couches. — Huit jours après l'opération, Mme P... a une montée de lait formidable et dont ne sont venues à bout ni les compresses, ni les purges. On prescrit la diathermie qui, immédiatement, amène la sédation de la turgescence mammaire.

UN CAS DE FAUX DIAGNOSTIC DE FAUSSE-COUCHE

Mme A... (observation 875), âgée de 40 ans. N'a pas eu d'enfant. Vers 34 ans, ménorragies et métrorragies. Plusieurs myomectomies ont été pratiquées. A 40 ans, on lui enlève douze myomes. Un an après, dernières règles du 21 au 27 juillet. Le 15 septembre, elle perd des caillots et elle continue à perdre des caillots à intervalles irréguliers pendant les mois d'octobre et de novembre. Au début de décembre, on fait un curettage qui ne montre aucun débris placentaire mais une muqueuse hypertrophiée.

UN CAS D'UTÉRUS DOUBLE A L'OCCASION
DUQUEL LE DIAGNOSTIC DE FIBROME
A ÉTÉ PORTÉ

Mme B... (observation 1348). L'utérus est mal formé. La femme devient enceinte et présente des métrorragies pour lesquelles le diagnostic du fibrome a été porté.

Dernières règles du 22 au 27 août. En réalité, l'examen pratiqué fin janvier montre :

une partie droite haute de 18 centimètres ;

une partie gauche haute de 11 centimètres.

Ces deux parties présentaient des alternatives simultanées de relâchement et de contraction. Les ligaments ronds s'insèrent sur les deux bords symétriquement. On fait le diagnostic d'utérus double et le 7 mars, Mme B... fait une fausse couche. Ultérieurement elle a eu deux grossesses normales.

Enfin, nous pouvons rapprocher de ces trois observations, le cas de Mme Ch. (observations 4423 et 4506), déjà étudié précédemment sous le titre : « Un cas de « pédiculisation » de fibrome ». On a vu, au cours de la grossesse, combien le diagnostic entre un fibrome et un kyste de l'ovaire avait été hésitant, au point de songer à une intervention d'urgence.

CONCLUSIONS

1° Le fibrome, en tant que tumeur nettement perceptible, se rencontre environ dans un pour cent des cas de grossesses ;

2° Il y a des rapports indiscutables entre la fibromatose et la stérilité, dans un certain nombre de cas, soit que la stérilité favorise le développement des fibromes, soit que le fibrome soit cause de stérilité : en effet, la guérison du fibrome, par myomectomie ou radiothérapie, peut être suivie de fécondation ;

3° Le plus souvent, la gestation, compliquée de fibrome, évolue sans incident. Cependant des complications apparaissent s'il s'agit d'un gros fibrome ou d'un fibrome sous-muqueux ; parmi les complications, l'avortement occupe une place prépondérante ;

4° Le fibrome praevia peut constituer un obstacle infranchissable, mais il réserve parfois des surprises, au point de permettre, contre toute attente, un accouchement par les voies naturelles ;

5° Sans être praevia, le fibrome peut, par sa masse, gêner l'accommodation ;

6° Sous l'influence de la grossesse, le fibrome augmente de volume, mais il existe différents degrés dans cette hypertrophie qui peut être insignifiante ou au contraire considérable et génératrice de troubles graves, allant jusqu'à l'avortement ;

7° L'apparition de douleurs au cours de la gestation, au niveau d'un fibrome jusque-là insensible et bien toléré, est un signal symptôme de dégénérescence, en même temps qu'une indication d'intervention. Cependant, la douleur n'est pas toujours un signe de dégénérescence ; ce peut être l'annonce de la « pédiculation » d'un fibrome jusque là interstitiel ;

8° L'involution du fibrome dans les suites de couches est aussi variable que son hypertrophie au début de la grossesse ;

9° Le fibrome crée parfois des conditions cliniques qui rendent le diagnostic difficile.

Vu : le Doyen de la Faculté,
G. ROUSSY

Vu : le Président de thèse.
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- J. ANDERODIAS. — Spontaneous delivery with sessile Fibroid in Inferior segment. *Jour. de med. de Bordeaux*, 10 mai 1919 (in Gynecology - obstetrics - De Lee, 1919).
- J. L. BABLET. — Le sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse (Thèse 1910).
- Paul BALARD et Joseph DEHAN. — (Bordeaux). Que faire en présence d'une grossesse compliquée de fibrome prævia ?
- BENDER. — Observation rapportée in Soc. obst. et gyn. Paris, séance du 20 avril 1914, in obstétrique, 1915-16, p. 69.
- BENOIT-GONIN. — Des grossesses après myomectomie. Thèse de Lyon, 1913-1914, n° 1.
- P. B. BLAND. — Uterine myomata and Pregnancy with special Reference to tumor Necrosis. *Surq. Gynec. and obst.*, mars 1925 (in Gynecology - obstetrics - De Lee, 1925, p. 84).
- BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements. T. III. La dystocie. Fibromes de l'utérus (p. 256).
- BRINDEAU. — Les fibromes compliqués de grossesse. Conférence faite à la Faculté de Médecine, le 22 février 1923.
- R. E. CAMPBELL. — Pregnancy and labor complicated by myomatous Tumors of the uterus. *Am. J.*

obst. and gynec. 26 : 1, juillet 1933 (in gynecology - obstetrics - De Lee, 1933, p. 90).

V. CONILL. — Pregnancy after X. Ray Treatment. *Rev. Esp. de obstet. y ginecol.* (in Jour. Amer. med. Ass'n., 9 août 1919), (in gynecology - obstetrics - De Lee, 1920, p. 176).

G. COTTE et J. CREYSEL. — Contribution à l'étude de la myomectomie au cours de la grossesse (*Archives franco-belges de chirurgie*).

DEMELIN et BRINDEAU. — Observation rapportée in Soc. d'obst. de Paris, 19 mai 1910.

FORGET URION. — La gestation chez les fibromateuses (Accidents à dépister, conduite à tenir), in la gynécologie et la *Semaine gynécologique des Praticiens réunies*.

GOULLIoud. — Pregnancy after myomectomy. *Annales de Gynéc. et d'obst.*, juin 1914 (in gynecology obstetrics - De Lee, 1915, p. 57).

GOULLIoud. — Cas de grossesse après la myomectomie. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris*, 1921, p. 654.

R. H. HARRIS. — Fibromyoma of the Uterus in Relation to Pregnancy. *Surg., gynec. obst.*, septembre 1929 (in gynecology - obstetrics - De Lee, 1929, p. 89).

HOFMEIER. — Fibromes et stérilité. *Soc. franconienne d'obst. et de gynéc.*, 20 oct. 1907, c. r. in *Presse médicale*, 1907, p. 836.

KEIFFER. — De la lypolyse des fibro-myomes. *Revue franç. d'obst. et de gynéc.*, déc. 1919, p. 451.

- G. W. KOSMAK. — Fibroid Tumors complicating Pregnancy, and their Treatment. *Amer. Jour. obst. and gynec.*, juillet 1923. (in gynecology obstetrics - De Lee, 1923, p. 282).
- LECÈNE. — Nécrobiose, suppuration et gangrène des fibromes utérins. *Ann. de gynéc. et d'obst.*, août 1911, p. 449.
- LEFOUR. — Thèse d'agrégation, 1880.
- LEPAGE. — Observation rapportée in Soc. obst. et gyn. de Paris, 1903.
- LEPAGE et MOUCHOTTE. — Observation rapportée in Soc. d'obst., de gynécol. et de Pédiatrie de Paris, 1905.
- M. LEROUX. — Contribution à l'étude de la nécrobiose des fibro-myomes de l'utérus durant la grossesse. Thèse de Paris, 1923 (Legrand, édit.).
- G. LINZENMEIER. — Treatment of sterility with X - Rays - *Z trb. für gynäkol.*, 30 septembre 1922 in gynecology - obstetrics - De Lee, 1923).
- MALHERBE et GROSSE. — Observation rapportée in Soc. obst. gyn. et Pédiatrie, Paris, 14 juin 1907.
- F. MASSELOT et H. VIGNES. — Comment il faut surveiller un fibro-myome utérin.
- René NETTER. — L'insertion du placenta dans les utérus fibromateux. Thèse 1911.
- OLSHAUSEN. — Labor with Fibroids (in gynecology - obstetrics - De Lee, 1919, p. 300).
- R. N. PIERSON. — Fibromyomata and Pregnancy ; a study of 250 cases. *Am. J. obst. and gynec.*,

septembre 1927 (in gynecology - obstetrics - De Lee, 1927).

PINARD. — *Annales de Gyn. et d'obst.*, janvier 1905.

G. PIQUAND et J. LEMELAND. — Les altérations des fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse et de la puerpéralité.

POTOCKI. — Rétention placentaire dans un utérus fibromateux (*Compte rendu de la Soc. d'obst., gyn. et Péd.*, juillet 1910).

POTOCKI et SAUVAGE. — Observation rapportée à la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, séance d'avril 1912.

RICHE et O. MACÉ. — Observation Riche. *Bull. Soc. d'obst. de Paris*, 1905, p. 226, rapportée par Ed. Schwartz à la Soc. de chir., 1^{er} avril 1908, p. 505.

SCHOCKAERT. — Opération césarienne avec hystérectomie totale pour fibrome prævia. *Extrait de gynécologie et obstétrique* (T. VI, novembre 1922).

TCHOHADJITCH. — Thèse de Paris, 1910-1911, n° 234.

R. WALDO. — Gangrene of Fibroid Following Parturition (in gynecology - obstetrics - De Lee, 1918, p. 303).

B. P. WATSON. — Pregnancy and labor complicated by Fibroid Tumors. *Am. J. obst. and gynec.*, mars 1932 (in gynecology - obstetrics - De Lee, 1932, p. 62).

